

Мартов Ю.Б., Васильев О.М.,  
Мартов В.Ю., Подолинский С.Г.,  
Щастный А.Т.

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ  
ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.**

/ Витебск /

Проанализированы результаты лечения 97 пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП). Женщин было 30, мужчин - 67. В лече-

нии этих больных выделено два периода: с 1972 по 1991 год, и с 1992 по 1997 год включительно.

В 1972-91 годах в клинике оперировано 53 больных с ОДП. 37 пациентов, оперированы в первые трое суток от начала заболевания, до развития гнойно-септических осложнений и 16 пациентов - в поздние сроки (8-12 суток) по поводу гнойно-септических осложнений. 18 больных из обеих групп (11 из первой и 7 - из второй) были повторно неоднократно оперированы по поводу прогрессирующего гнойного процесса: двум пациентам в связи с аррозивным кровотечением выполнена резекция поджелудочной железы, остальным расширенная некрэсвестрэктомия, вскрытие и дренирование поддиафрагмальных и забрюшинных гнойников. В плане борьбы с эндотоксикозом проводилась инфузионная терапия, форсированный диурез. Умерло 11 больных (20,8%), из них 8 - первично оперированные в ранние сроки (летальность 21,6%) и 3 - в поздние (18,7%). Причинами смерти стали прогрессирование гнойно-септического процесса и тяжелая интоксикация.

В 1992-97 годах в клинике по поводу ОДП лечилось 44 пациента. В зависимости от тактики проводимого лечения и фазности течения патологического процесса мы выделили три группы: 1) больные, оперированные в фазе некроза и формирования асептических секвестров до развития гнойного расплавления - 19 пациентов; 2) больные, первично оперированные по поводу гнойно-септических осложнений ОДП - 6 пациентов; 3) неоперированные больные или оперированные в фазе реституции - 19 пациентов.

До развития гнойных осложнений оперировано 20 больных, в том числе 11 пациентам первичная операция производилась в центральных районах больницах Витебской области. Этим больным дренировали сальниковую сумку, брюшную полость и забрюшинное пространство; одному больному была наложена лапаростома, в дальнейшем ему было проведено 3 санации брюшной полости.

В последующем восемь больных были повторно оперированы в связи с развитием гнойных осложнений: одному проводили плановые санации брюшной полости после ранее наложенной лапаростомы, семерым была наложена лапаростома после предварительной некрэсвестрэктомии, вскрытия абсцесса сальниковой сумки, абсцессов брюшной полости. Им проводились плановые санации брюшной полости (в среднем - по 4,4 санации на пациента). В комплекс лечения всем пациентам вводилась экстракорпоральная детоксикация: проведено 50 ГМС (в среднем 4,5 ГМС на пациента) и 2 плазмафереза (ПФ). Умерло 7 больных от некупирующегося процесса и интоксикации; летальность составила 36,8%.

Первично по поводу гнойно-септических осложнений ОДП оперировано 6 больных. Эти больные были переведены из ЦРБ в сроки 18 - 20 суток от начала заболевания. Пациенты, которые были первично оперированы в фазе некроза и секвестрации и впоследствии оперированные по поводу гнойного процесса, рассмотрены в первой группе.

У 3-х из них выполнены санация и дренирование брюшной полости, однако, впоследствии они были повторно оперированы по поводу эквен-

трации и острой кишечной непроходимости, гнойного паранекротиза, внутрипеченочных абсцессов и аррозивного кровотечения. Трём пациентам наложена лапаростома, проводились плановые санации брюшной полости (пять, две и шесть санаций). В комплекс лечения всем больным включалась экстракорпоральная детоксикация, проведено 21 ГМС (в среднем по 3,5 ГМС на пациента). Из шести больных умерло трое: от массивной ТЭЛА (1), острой сердечно-сосудистой недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде (1) и от аррозивного кровотечения через 2 недели после операции (1).

19 больных с ОДП велись консервативно. Они получали антибиотики, инфузионную терапию, проводилась продленная перидуральная анестезия; в качестве препаратов, воздействующих непосредственно на процессы в самой железе, внутривенно применялись 5-фторурацил и сандостатин (стиламин). В комплекс лечения включалась экстракорпоральная детоксикация. Улучшение самочувствия наступало, как правило, на 3-5 сутки, хотя у ряда больных наблюдалось затяжное течение (до 7-14 и даже 30 суток). Семь больных выписано с определенной при УЗИ постнекротической кистой поджелудочной железы, но при повторном поступлении для профилактического осмотра киста не обнаруживалась. Восемь больных были оперированы нами через 2-3 месяца, им выполнена холецистэктомия в связи ЖКБ и санация желчных путей, шести больным произведено внутреннее дренирование постнекротических кист. Послеоперационной летальности в этой группе не отмечено.

Всего в группе умерло двое больных, поступивших в крайне тяжелом состоянии; один из них поступил с острым деструктивным панкреатитом в состоянии гипергликемической комы, второй - панкреатогенного шока III степени, с развитием острой почечной недостаточности; у последнего на аутопсии обнаружен рак почки. Общая летальность в группе составила 10,5%.

Таким образом, представленный анализ свидетельствует, что проведение оперативного вмешательства в фазе некроза и асептической секвестрации на высоте интоксикации связано с высоким риском, а польза от него невелика, паллиативные операции травмируют железу, разрушают демаркационный вал и усугубляют эндотоксикоз, послеоперационный период протекает тяжело даже при отсутствии на момент операции выраженной интоксикации. Неизбежное инфицирование зоны поврежденной железы и брюшной полости нередко делают ситуацию драматичной, а перспективы лечения - сомнительными.

Современные мощные методы экстракорпоральной детоксикации при правильном подходе к кратности процедур и длительности межсорбционных промежутков позволяют, как правило, справиться с тяжелой эндогенной интоксикацией, а продленная перидуральная анестезия позволяет защитить кишечник и купировать сопутствующий тяжелому панкреатиту парез, а также улучшить микроциркуляцию в зоне поражения и решить проблему болевого синдрома, применение современных антибактериальных препаратов позволяет избежать развития гнойно-септических осложнений у большинства больных.

При оперативном вмешательстве у больных с гнойно-септическими осложнениями острого деструктивного панкреатита нельзя ограничиться простым дренированием брюшной полости - следует абдоминализировать железу, дренировать салниковую сумку и брюшную полость, наложить ограниченную лапаростомию в верхнем этаже брюшной полости, наладить проточно-промывное дренирование, и проводить поэтапную некрсеквестрэктомию, в отдельных случаях для декомпрессии выполнить широкую вирсунготомию.

Предложенный подход позволил снизить общую и послеоперационную летальность при деструктивном панкреатите.